

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



### Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on:  
facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



# La preparation pour l'examen pratique Service Nicoole :

*Dr T.Saïd*

- le syndrome méningé fonctionnelle :
  - • céphalées en casque tunas(persiste), intense et rebelle auxantalgiques, photophobie et phonophobie.
  - • VMT facile en jet / nausées,
  - • constipations incte
- Signes physique :
  - • Contractures méningés
  - • Hyper esthésie cutanée
  - • Attitude chien de fusil
  - • Raideur de la nuque
  - • Signe de BRUDZINSKI
  - • Signe de KERNIG
  - ✓ dans cette forme commune le reste d'examen neurologique est sans gravité, peut être somnolence ou certain degrés d'agitation, ROT vifs
- syndrome infectieux :
  - fièvre élevé à 39° 40°, frissons, AEG
  - tachycardie relative. En cas d'HIC on retrouve une bradycardie

FNS ,VS , CRP	Normes
<b>NUMERATION FORMULE SANGU</b>	<b><u>NORMES</u></b>
GLOBULES BLANCS	4 - 10
GLOBULES ROUGES	4.2 - 5.7
HEMOGLOBINE	13.0 - 18.0
HEMATOCRITE	40 - 52
VOLUME GLOBULAIRE MOYEN	80 - 100
TGMH	28 - 32
CCMH	30 - 35
PLAQUETTES	150 - 450
<b>EQUILIBRE LEUCOCYTAIRE</b>	
P.NEUTROPHILES	40 - 75
P.EOSINOPHILES	1 - 4
P.BASOPHILES	0 - 1
LYMPHOCYTES	20 - 45
MONOCYTES	2 - 8
<b><u>VITESSE DE SEDIMENTATION</u></b>	
1 ERE HEURE	<13
2 ERE HEURE	<30
<b>CRP</b>	<05

Tableau vaccinal :

A la naissance :	BCG Polio orale	VHB
1 mois		VHB
3 mois	D T Coq Polio orale	HIB
4 mois	D T Coq Polio orale	HIB
5 mois	D T Coq Polio orale	HIB VHB
09 mois		Anti Rougeoleux
18 mois	D T Coq Polio orale	HIB
06 ans	D T Polio orale	Anti Rougeoleux
11- 13 ans	D T Polio orale	
16-18 ans	D T Polio orale	
plus de 18 Ans	D T Adulte Polio orale	

**Les Criteres d'un LCR nl :****Macroscopiquement :****Clair , eau de roche Normo tendu****Microscopiquement :****Cyto : 1 a 3 elements / mm<sup>3</sup> (< 10 )****Bacterio : negative; Sterile****Biochimie :Album : 0.2 ~ 0.3 g/l****Glyco : ½ glycémie**

**1 – LCR purulent : 03 cas****Meningocoque, pneumocoque, Hemophylus influenzae, Leisteriose.****2 – 03 indications a la Vancomycine:****Si meningite a pneumocoque severe , en association avec un C3G****Staphyloccocie méti-R**

.....

**3 – Trt de la Fievre Bouttoneuse :****ATB actif sur le germe et qui a une bonne diffusion intracellulaire**❖ **Cycline : ATB de choix : Doxicycline****200 g/j Adulte et 4 mg/kg/j Enfant par voie orale au 1/2 de repas pdt 5-7 jrs**❖ **Fluroquinolone : ofloxacin : 400 mg/j en 2 prises orale, Adulte**❖ **Macrolide : joramycine : 2 g/j Adulte 50 mg/kg/j Enfant en 2/j peros pdt 7jrs**❖ **phenicollés: Thiamphenicol 500 mg 3\*/j****4 –****les éléments anamnétiques, Cliniques et paracliniques Pneumocystose :**

Pneumocystose	
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sujet connu Sidien</b></li> <li>• <b>Taux de CD4 &lt; 250</b></li> </ul>
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>fièvre, toux, dyspnée</b></li> <li>• <b>Auscultation : normale</b></li> </ul>
<b>P.C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tlx : pneumopathie interstitielle en verre depoli</b></li> <li>• <b>Dg : LBA - pneumocystis jirovecii</b></li> </ul>

## 7 - les éléments anamnétiques, Cliniques et paracliniques Meningite Herpitique :

Meningite Herpitique	
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atte recente d'<b>Herpès facial ou génital Avec ou moins un</b></li> </ul> <p><b>Facteurs déclenchant : fatigue, stresse, dépression, hyperthermie, herpès cataménial = menstruelle chez la femme</b></p> <p><b>l'enfant lors la primo-infection</b></p> <p><b>Adulte lors les récides</b></p>
C	<p><b>méningo-encéphalitique avec des lésions nécrosantes et hémorragique touche surtt les lobes frontal et temporal</b></p> <p><b>Sd infectieux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Sd méningé fonctionnelle et physique</b></li> <li>❖ <b>Signes d'encéphalite ( sd frontal et sd temporal )</b></li> </ul>
P.C	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>PL: liquide claire à prédominance lymphocytaire hyperalbuminurie et normoglycorachie avec présence des hématies à nombre important</b></li> <li><b>- Radio :scanner : hypodensité hétérogène touche les régions frontal et temporal bilatérale +++ unilatérale+ mais le scanner peut être normal voir IRM</b></li> <li><b>- EEG: ralentissement des activités cérébrales + complexes périodiques ou pseudo- périodiques dans les régions frontal et temporal</b></li> </ul> <p><b>Sérologie : dosage d'AC anti-herpès ds le LCR, sang dg rétrospective</b></p>

## 8 - les éléments anamnétiques, Cliniques et paracliniques Meningite a pneumocoque :

Meningite a pneumocoque	
A	PE : infection ORL ou brèche ostéoméningé le terrain : âge extrême, pathologie s/jacente, ATCD de méningite/récidive
C	<b>affection</b> des voies respiratoire sup ou inf, surinfection de début brutal, sd méningé et trbl encéphaliques et vaso-moteurs, présence des complications mécanique ou neurosensorielle
P.C	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>PL : LCR</b> à aspect: purulent peut être claire au début cyto : hyper leucocytose à PN altéré &gt; 500éléments/mm<sup>3</sup> Bioch : hyperalbuminorachie &gt; 1g/l et hypoglycorachie</li> <li><b>Examen direct : cocci</b> gramme +if en flamme de bougie groupées en pâmes dispersés en courte chaines, encapsulées, anaérobie facultative sa culture : gélose de sang.</li> <li><b>CIE : recherche</b> des AG solubles en cas d'LCR stérile ( décapité )</li> </ol>

## 9 - les éléments anamnétiques, Cliniques et paracliniques Meningite a meningocoque :

Meningite a meningocoque	
<b>A</b>	<b>MENINGITE CEREBRO-SPINALE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>la 1ère cause de méningite purulente</li> </ul> le terrain : âge extrême, pathologie s/jacente, ATCD de méningite/récidive
<b>C</b>	le syndrome méningé fonctionnelle Signes physique : Attitude chien de fusil Raideur de la nuque Signe de BRUDZINSKI Signe de KERNIG syndrome infectieux <u>signes d'orientation méningococcies :</u> purpura pétéchial +++ fréquente et évocatrice <ul style="list-style-type: none"> <li>exanthème maculo-papillaire scarlatiniforme ( il peut être un signe d'1 allergie</li> </ul> d'ATB donc on doit pas prendre d'ATB avant le dg ) <ul style="list-style-type: none"> <li>arthralgie, arthrite, péricardite, herpès labial, splénomégalie</li> </ul>
<b>P.C</b>	<b>ponction lombaire</b> : en urgence au même temps avec la glycémie. LCR doit être acheminer rapidement au Labo à l'abri de la lumière <b>aspect</b> : trouble impose la mis en route d'ATB thérapie avant les résultats de bactério → purulent : eau de riz <b>cyto</b> : plus de 1000 éléments mm3 fait de PN altérés <b>biochimie</b> : hyperalbuminorachie, hypoglycorachie <b>identification de méningocoque</b> : repose sur l'examen directe après coloration de gramme ( diplocoque gramme -ive ) <b>recherche d'Ag soluble méningococcique</b> <b>culture</b> : ATB gramme hémoculture, prélèvement de la gorge, ionogramme, bilan rénal scanner/ TDM cérébral en cas de convulsion ( sont pas systématique )

10 -

11 - 05 situations au on pratique la serologie VIH :

NN d'une mère sero positive

Zona de récurrence à âge jeune

Bilant pre nuptial

AES accedant d'exposition au sang

Rapport sexuel non-protégé

Decouverte d'une infection opportuniste:

Candidose bucooesophagienne, Tuberculose basithoracique



## 12 – Tableau Clinique et trt du Paludisme :

### Phase d'accès palustre

L'éclatement de rosaces est synchrone

Fièvre intermittente { frisson , fièvre , sueurs }

Frisson : 1-2 H intense, tremblement de ts le corps, mal à l'aise

Fièvre : 40-41°C avec congestion de visage dure 3-4H

Sueurs : 2-4H due à la chute brutale de la T° avec polyurie + sensation de bien être

### **Evolution:**

- Sous trt : guérison
- Sans trt : fièvre se répète, rythme devient caractéristique de l'espèce, 2 semaines après la guérison est spontané sauf s'il s'agit de paludisme falciparum (grave)

### **1- Paludisme grave = accès pernicieux :**

- - Falciparum → urgence thérapeutique
- - Sujet non prémunisé (enfant+++), adultes qui ont perdu de leur immunité sans chimio-prophylaxie
- - Clinique : faillite poly viscéral due à la multiplication intense de falciparum dans les capillaires cérébraux
- - Critères de gravités selon l'OMS : coma, anémie grave, IR, OAP + sd de détresse respiratoire, hypoglycémie franche, état de choc + hypo TA, hémorragie cutanéo-muqueuse ou CIVD, CVL généralisé répété, acidose métabolique, hémoglobinurie macroscopique, parasitémie > 5%

le Trt du Paludisme :

	TDD : Adulte	Femme enceinte	Enfant
Accès Simple Non falciparum	Chloquine : per os 3/j J1,J2 : 10 mg/kg/j J3 : 5 mg/kg/j Primaquine: antirechutes J1 ~J14 : 15 mg/kg/j	Chloquine :per os 3/j J1,J2 : 10 mg/kg/j J3 : 5 mg/kg/j Primaquine: C I	Chloquine: per os 3/j J1,J2 : 10 mg/kg/j J3 : 5 mg/kg/j Primaquine: > 8 ans J1 ~J12 : 15 mg/kg/j
Accès Simple falciparum	Mefloquine : per os 25mg/kg/j en 3 prise le mm jr une fois par semaine Si Vomissement/F.enceinte Quinine : IV 8 mg/kg/8 Heures ou 25 mg/kg/j dilué ds 500 cc SGI	Quinine: IV 8 mg/kg/8 Heures ou 25 mg/kg/j avec 500 cc SGI	Mefloquine : H1 : 10 mg/kg H12 : 15 mg/kg 12 Heurs d'intervale
Accès Grave (falciparum)	Quinine: IV Dose de charge : 16 mg /kg/4 H Dose d'entretien : 8 mg/kg/8 Heures ou 25 mg/kg/j dilué ds 500 cc SGI	Quinine : IV 8 mg/kg/8 Heures ou 25 mg/kg/j dilué ds 500 cc SGI	Quinine : IV 8 mg/kg/8 Heures ou 25 mg/kg/j dilué ds 500 cc SGI



## 13 - le tableau Clinique et le trt du Leptospirose :

Leptospirose	
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictère infectieux à rechute fébrile = maladie de WEIL due à une L.ICTERO- HEMORRAGIA c'est la forme la plus caractéristique.</li> <li>• - Tableau d'hepato-névrise + atteinte de méninges + sd hémorragique aussi que fébriles particulier</li> <li>1) Incubation :silencieuse ( 1 semaine )</li> <li>2) Début :phase pré-ictérique ( 5jrs environ ) Brutal +++</li> <li>• Sd infectieux Sd algique</li> <li>• S.cutanéomuqueux : injection conjonctivales (œdème,rougeur,sufusion hémorragique, herpes naso-labial, éruption maculo-papuleuse hépato-splénomégalie)</li> <li>• - Biologie : ionogramme : hyperleucocytoses, thrombopénie, augmentation des enzymes musculaires (CPK,IDH), VS accéléré</li> <li>• - On peut confirmer le dg par : hémoculture, LCR</li> <li>3 ) Phase d'état :phase ictérique</li> <li>• A- Atteinte hépatique</li> <li>• B- atteinte rénale</li> <li>• C- atteinte méningé</li> <li>• D- sd hémorragique</li> </ul>
Trt	<p>1) Curatif:</p> <p>A- ATBthérapie : doit être administrer le plus tôt possible, elle est inefficace et incte dans la phase d'état ( immunité )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Amoxicilline : 3à4 g/j en IV (adulte) et 50-100mg/kg/j (enfant)</li> <li>• - Peni G : 6à10 g/j en IV (adulte) et 2millions U par heure(enfant)</li> <li>• - Ceftriaxon : 1g/j en IV (adulte)</li> <li>• - Cycline : en◊200 mg/j cas d'allergie aux betalactamines</li> </ul> <p>B- Symptomatique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Dialyse → IR</li> <li>• - Thrombopénie → culo plaquettes</li> <li>• - myalgies, arthralgies◊Antalgiques</li> <li>• - Défaillance respiratoire → respiration assistée</li> <li>• - Défaillance cardiaque → tonicardique</li> <li>• - Eléments de surveillance → T°, diurèse, surveillance de sd hémorragique et l'état de conscience et l'ictère</li> <li>• - Bio : ionogramme</li> </ul> <p>2) Prophylactique:</p> <p>- Maladie de déclaration obligatoire - l'Hygiène</p>

## 14 – les arguments épidémiologiques et Cliniques en faveur de la rougeole :

Rougeole	
<b>E</b>	<p><b>Réservoir :homme</b> atteint de de l'infection même asymptomatique.  <b>transmission :Gouttelettes</b> de toux en en suspension de l'air et peut se propager  par contact direct avec les sécrétions de nez, gorge.  <b>Période de propagation :6-7 j</b> avant l'apparition des éruptions</p>
<b>C</b>	<p><b>Invasion:(4jrs):</b>  <b>Incubation :silencieuse</b> dure 10jrs  <b>Etat :marqué</b> par l'installation exanthème (éruption) ; dure 5 jrs ;  l'éruption est caractéristique de la rougeole :  Apparition progressive de <u>l'éruption maculo-papuleux</u> de qq mm de diamètre, conflue eu large plage mais laissant tjs entre elles des intervalle de peau saine</p> <p>1jr : éruption débute sur le visage derrière les oreilles puis s'étend progressivement.  2jr : attenté de tous le visage, cou, partie sup de thorax  3jr : tronc et Mb supérieur attient  4jr : s'étend au Mb inferieur le prurit est rare, le fièvre reste élevée puis s'atténue peu à peu.</p> <p><b>Evolution :éruption</b> laisse avant de s'effacer une coloration brune, tirant sur le cuivre et fait place à une desquamation fine visible quelque jrs après  Fièvre disparaît mais la convalescence dure 10aine de jrs encore, l'enfant est fatigué et tjrs asthénique et continue à tousser.</p>

15 –

## 16 – 05 situation en faveur du SIDA :

### **Mycosebucco-œsophagienne**

Une infection opportuniste « réactivation » :zona, tuberculose, sévère et disséminé

### **Sarcome de Kaposi**

### **Herpes chronique**

### **Toxoplasmose cérébrale , Méningite àcryptocoque**

### 17 – 03 indication de la gentamycine et ses effets indésirables :

Indication	effets indésirables
Staphylococcémie : Oxa Genta	Ototoxicité
Septicémie à BGN	Néphrotoxicité
Brucellose	Paralysie respiratoire

### 18 - le tableau Clinique du Cholera :

**Incubation : silencieuse** dure 4H-4jrs

**Invasion : 5-12H**, début brutal avec d'emblée et sans prodrome : dlr abdominales,

grande asthénie, diarrhée importante très contagieuse, atteignant 1L/H, les selles sont d'abord fécales puis rapidement deviennent aqueuses et abondantes

**Etat:**

Diarrhée : profuse, faite des selles aqueuses riziformes contenant des filaments blanchâtres en suspension riche en VC

- Les selles sont fréquentes 50-100 selles/j émit sans effort, sans dlr, sans épreinte ni ténisme sans glaires sans sang

❖ Pharyngée successive à travers un sphincter

❖ EC : retrouvera un malade apyrétique+++ , déshydraté, affaibli

**Déshydratation extra cellulaire :**

- Pli cutané abdominal ou thoracique, peau sèche ■ **Déshydratation intra cellulaire :**

- - Globes oculaires enfoncés dans leurs orbites

- - Langue rougée et sèche avec soif intense

- ✓ Le malade reste toujours conscient quel que soit le stade

- ❖ Recherche des signes de choc hypovolémique ( téguments froids , hypo TA, oligurie )

- ❖ Bio : hyperleucocytose à PNN, taux d'hématocrites élevé, protidémie élevée, ionogramme

- ( hypo Na<sup>+</sup>, hypo K<sup>+</sup>, hypo Cl<sup>-</sup> ) ❖ ECG : signes d'hypo K<sup>+</sup>

**Au totale : devant toute diarrhée apyrétique avec déshydratation importante surtout à la présence de cas similaires >>>>> choléra**

### 19 – les arguments épidémiologiques, Cliniques et para Cliniques Zona ophtalmique :

- Atteinte de la branche ophtalmique de V (gg de Gasser)
- Dlr unilatéral, orbito-frontal
- F°, ADP prétragienne
- L'éruption accompagne un œdème palpébral des paupières et frontale
- Siège : cutanéomuqueuse d'un ou plus de divisions de N. ophtalmiques
- Complication : oculaire en particulier en cas d'atteinte de branche nasale externe → examen ophtalmologique systématique  
Exp : (cratite : ulcération de la corne, uvéite, atteinte de N. optique, nécrose rétinienne)
- traitement symptomatique + antalgique + acyclovir soit 3-4g/j per os ou 10mg/kg/8H en IV pdt 7-10jrs

## 20 – le Trt du staph meti R :

Adulte en 3-4 perfusions pdt ◇ Enfant et 1-2g ◇ Vancomycine : 30-40 mg/kg/j  
15jrs associé avec gentamycine, le relis avec la pyostacine

En cas d'allergie aux bétalactamines : on utilise les glycopeptides

## 21 – 04 ATB actif sur COXIELLA BURNETTII **FIEVRE Q** :

- ❖ Cycline
- ❖ Fluoroquinolone      ❖ Rifampicine
- ❖ Cotrimoxazole Bactrim      ❖ Macrolide

## 22 – le tableau de la diphtérie :

**Angine diphtérique commune de l'enfant** : La plus fréquents et plus typique

**Incubation** : **asymptomatique** dure 3-7 jrs

**Invasion** : Cette phase passe souvent inaperçue dure 2 à 3 jrs

Début insidieux par une F° a 38°, dysphagie discrète, et malaise général

Examen clinique : peut retrouver une pellicule sur les amygdales = pellicule de BRETONNEAU

### **Etat:**

- le malade présente une asthénie avec pâleur due à la toxine , tachycardie, F°38°, dysphagie discrète, albuminurie incté, EG conservé
- E. clinique : angine de fausses membranes :
  - **Siège** : face interne des amygdales
  - **Aspect** : **pellicules** blanc nacrés lisses et homogènes contour net
  - **Caractères** :
    - ❖ Extensive : envahissant les deux amygdales, le pilier de voile, la luette
    - ❖ Adhérente : difficilement détachable
    - ❖ Cohérent : non dissociable dans l'eau
    - ❖ Récidivant : se reproduit dans qq heures
- Cette angine est accompagnée d'adénopathies sous Angelo-maxillaire sans périadinite, et d'un Coryza qui est un écoulement nasal unilatéral discret.

## 23 –

## 24 – Les modes de transmissions du VIH :

	PE	Prevention
<b>sexuelle</b> génital +++	sperme ou sécrétions vaginales de la femme , partenaires multiples relation sexuelle non protégée La coïnfection avec autre IST.	Le préservatif est une barrière entre le virus et les muqueuses. Abstinence et fidélité.
<b>sanguine</b>	Cutané, cutané-muqueuse, toxicomane IV. Don de sang Les infirmières AES ( accident d'exposition au sang ).	matériel de sécurité. matériel à usage unique. surveillance des poches de sang ( VIH , hépatite , syphilis ).
<b>De la mère a l'enfant</b>	L'accouchement. L'allaitement	césarienne >>> Si la charge virale détectable L'allaitement est proscrit trt antivirale pour femme enceinte

**25 - les arguments Anamnestiques, Cliniques et paraCliniques F****Boutonneuse :**

F° Boutonneuse	
<b>A</b>	Devant toute eruption fébrile en période estivale pourtour méditerranéen contact avec les chiens, triade clinique
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sd infectieux général + points noirâtre + chancre d'inoculation + exanthème</li> <li>• Sd inflammatoire net</li> <li>• Exanthème : généralisé en 1-3 jrs avec atteinte de cuir chevelu et surtt atteinte palmo-plantaire, non prurigineuse, évolue en plusieurs poussés, il est fait des éléments d'abord maculeux s'effaçant à la pression il devient ensuite papuleux en 24H avec parfois forme de bouton</li> <li>• ces éléments sont séparés → éruption papulo- adénus d'aspect purpurique peuvent être variable</li> <li>• Enanthème : atteinte muqueuse surtt ce forme conjonctivale ou une pharyngite, si la PE unilatérale on peut avoir une manifestation extra-cutanée dont la sévérité conditionne le pronostic</li> <li>• Atteinte hépatique : Hépatite, hépatomégalie, ictère</li> <li>• Splénomégalie modéré surtt chez l'enfant</li> <li>• Atteinte neurologique : méningite lymphocytaire avec normoglycorachie, méningo- encéphalique, coma fébrile</li> <li>• Localisation pulmonaire : pneumopathie interstitiel</li> <li>• Atteinte cardiaque : myocardite, peut s'accompagne d'un collapsus</li> </ul>
<b>P.C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hémogramme : nl ou hyperleucocytose modéré &lt; 15 000 , légère thrombopénie (anémie)</li> <li>• VS : accéléré CRP : un peu perturbé</li> <li>• Electrophorèse des protéines : hypo albuminémie, hypo gamma globulinémie</li> <li>• Sérologie : immunofluorescence indirecte : 2 prélèvements à qq jrs d'intervalle</li> <li>• Séroconversion : MEE des IgM : augmentation des AC entre les 2 prélèvs</li> <li>• WESTERN BLOT</li> <li>• - PCR : recherche le matériel génétique de la bactérie</li> </ul>

## 26 – le Diagnostic positif de la Fievre typhoide :

## Fievre Typhoide

	S.génx, Neuro, Digestif	E.Clinique	paraclinique
1 ere septénaire Invasion	<p>S G : fièvre → ascension progressive de 0,5°/jr atténuent 40° asthénie ,Epistaxis</p> <p>S N : céphalées persistantes, vertige, insomnie</p> <p>S D : anorexie, dlr abdominal, souvent constipation</p>	<p>Etat general moyen</p> <p>Paleur cutaneo muquese legere</p> <p>Langue Saburale</p> <p>Meteorisme, FIDte sensible , SMG I</p>	Hémoculture
2 eme septénaire Etat	<p>S G : fièvre → a 40° dissociation poulx - T°</p> <p>S N : Tuphos : le malade est prostré immobile, indifférent à son entourage avec délire doux et tranquille = délire onirique</p> <p>S D : Diarrhée : très contagieuse, faite des selles liquides, fétide (4à6 selles/jr) de couleur ocre « jus de melon »</p>	<p>Alteration de l'Etat general</p> <p>Paleur toxique</p> <p>Langue Saburale seche</p> <p>Meteorisme, FIDte sensible</p> <p>SMG II</p> <p>Deux signes pathognomoniques</p> <p><b><u>Taches rosés lenticulaires :</u></b> petites macules roses pâles arrondies ou ovalaires, 2-4 mm de diamètre, non prurigineuse, peu nombreuse répartie électivement à {la base de thorax, en haut de l'abdomen, flacons}, évolues en 2à3 poussées, fugace, disparaît sans laisser des traces</p> <p><b><u>Angine de Duguet :</u></b> rare, ulcération superficielles, indolore, ovalaire à grand axe vertical ant de voile de palais</p>	<p>Hémoculture</p> <p>Serologie de Widal et felix</p> <p>Coproculture</p>
3 eme septénaire Comlications	<p><b>Digestives :plus fréquents</b></p> <p><b>Hémorragie digestive</b></p> <p><b>Sd perforatif :</b> Sthenique et Asthenique</p> <p>FNS : hyperleucocytose à PNN, ASP : pneumo-péritonite</p> <p><b>Sd pseudo-perforatif Iatrogene PAS d'hyperleucocytose, ASP NI</b></p> <p><b>Cardio-vasculaires :</b></p> <p><b>Collapsus cardiaque / Myocardite</b></p> <p><b>Neurologique:</b></p> <p><b>Encéphalite / Méningite</b></p> <p>Hématologique : pancytopenie</p> <p>Pleuro-pulmonaire : abcès de poumon, pleurésie</p> <p>Osseuse : chez les drépanocytaires : spondylodiscite</p>		<p>Serologie de Widal et felix</p> <p>Coproculture</p>

*Dr T.Saïd*

# Fievre Typhoïde

A	<p>Notion de contagion ou des cas similaires</p> <p>Ingestion d'eau souillée</p>
C	<p>Selon le septénaire</p>
P.C	<p>1. ❖ <b>Hémoculture</b> : au pic thermique, avant tt ATB, il est +ive 50 à 90% au 1er septénaire et 40% au 2ème septénaire</p> <p><b>FNS</b> : Leucocytose normale (si hyperleucocytose complication)</p> <p><b>Leucorétropénie</b> (germe intracellulaire facultative)</p> <p><b>Anémie modérée</b> souvent associée à la thrombopénie</p> <p>❖ <b>Coproculture</b> : se positive à la 2,3ème semaine → elles ont triple intérêt : faire le dg, dépistage des porteurs sains, lever l'anémie</p> <p>❖ <b>Sérologie</b> : WIDAL ET FELIX :</p>
trt	<p>Après la confirmation de la Mdie</p> <p>Trois conditions pour l'ATB de la F typhoïde :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pas de dose de charge : J1 1/4, J2 1/2, J3 3/4, J4 la dose totale</li> <li>❖ Voie orale pour suivre le trajet du germe</li> <li>❖ Éliminer s/f actif dans la bile pour éviter les récurrences</li> </ul> <p><b>ATB :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>COTRIMOXAZOLE : Bactrim</b> dose progressive pdt 21 jrs. 1 cp 4 fois/j Adulte et 7,5 mg/kg/j de <b>triméthoprim</b> TMP 5 fois/j</li> <li>❖ <b>PENICILLINE : AMOXICILLINE</b> : dose progressive pdt 21 jrs Enfant 50-100mg/kg/j à 3,4 prises et Adulte 1g/j 4 fois/j</li> <li>❖ <b>Phénicolés</b> : moins utilisés à cause de la myélo-toxicité <b>Chloramphénicol</b> : Adulte 1,5-2g/j et Enfant est 50mg/kg/j <b>Thiamphénicol</b> : 50 mg/kg/j moins toxique, Éliminer s/f actif dans la bile</li> <li>❖ <b>Fluoroquinolone</b> : CI Enfant pdt 07 jrs <b>Ciprofloxacine</b> : 1.5 g/j <b>Ofloxacine</b> : 400 mg/j</li> </ul>

## Bon courage les futures medecins